



TITLE:

血尿により発見された盲腸癌の1例

AUTHOR(S):

新井, 永植; 上田, 眞; 眞田, 俊吾

CITATION:

新井, 永植 ...[et al]. 血尿により発見された盲腸癌の1例. 泌尿器科紀要
1990, 36(3): 347-349

ISSUE DATE:

1990-03

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/116852>

RIGHT:

血尿により発見された盲腸癌の1例

関西電力病院泌尿器科 (部長: 眞田俊吾)

新井 永植, 上田 眞, 眞田 俊吾

HEMATURIA: AN INITIAL SIGN OF CECAL CARCINOMA

Eisyoku Arai, Makoto Ueda and Shungo Sanada

From the Department of Urology, Kansai Denryoku Hospital

A 79-year-old female was seen with hematuria, cystoscopy showed a non-papillary, broad-based tumor arising from the right anterolateral wall of the bladder. Transurethral biopsy revealed adenocarcinoma. Pelvic CT scanning revealed that the tumor extended from the bladder wall to the wall of the ileo-cecal intestine. Gastrointestinal series revealed no abnormal findings although the cecum could not be visualized clearly, and we could not distinguish whether the primary site was the bladder or intestine.

Surgical exploration was performed. The main tumor seemed to arise from the cecum, extended downward and invaded to the bladder wall. Right hemicolectomy and en block partial cyctectomy were performed. The final diagnosis was adenocarcinoma of the cecum invading the bladder. We could find no reports on adenocarcinoma of the cecum in which hematuria was the initial symptom, as in this case, in Japan.

(Acta Urol. Jpn. 36: 347-349, 1990)

Key words: Hematuria, Secondary adenocarcinoma of the bladder, Carcinoma of the cecum

緒 言

最近われわれは血尿を初発症状として発見された盲腸癌の1例を経験したので報告する。

症 例

患者: 79歳, 女性

初診 1988年6月23日

主訴: 血尿

既往歴・家族歴: 特記すべきことなし

現病歴: 1987年12月, 腰痛あり, 某クリニック受診。顕微鏡的血尿を指摘され, 排泄性尿路造影をうけたが特に異常を認められず。その後, 顕微鏡的血尿およびときどき肉眼的血尿がつづくため当科へ紹介された。膀胱鏡検査で膀胱右側壁から右前壁にかけて拇指頭大の非乳頭状, 広基性腫瘍を認めた。腫瘍表面には石灰沈着を伴っていたが潰瘍形成はみられず, 腫瘍周囲は浮腫状であった。双手診で腫瘍に一致して右恥骨上部に小鶏卵大の圧痛のない弾性硬, 表面平滑, 可動性のある腫瘤を触知した。膀胱腫瘍のうたがいで入院となった。

入院時現症: 全身状態良好で表在性リンパ節触知せ

ず。

検査所見・尿沈渣で赤血球多数。尿細胞診 class I。血液一般検査では RBC $333 \times 10^4/\text{mm}^3$, Hb 9.8 g/dl, Hct 31.8%と貧血を認めたが, そのほか一般血液生化学的検査では異常を認めず。腫瘍マーカーでは CEA が 3.7 ng/dl と軽度上昇を示した。

経尿道的に腫瘍の生検を行った。腫瘍部は腺癌で周囲は cystitis glandularis の所見であった。排泄性尿路造影では上部尿路に異常を認めず, 膀胱像でも明らかな陰影欠損は認められなかった。骨盤部 CT にて, 膀胱右前壁から側壁にかけて膀胱内腔に突出する腫瘍は膀胱外上方へ連続的に進展し (Fig. 1), 上部は回盲部腸管壁と融合していた。消化管透視では, 回腸, 上行結腸の粘膜には病変を認めず上行結腸への通過も良好であったが, 回盲部は明確に描出されなかった。以上の所見から原発性膀胱腺癌, あるいは膀胱浸潤を伴う腸管由来の腺癌を疑い, 同年6月29日に開腹手術をおこなった。

手術所見・下腹部正中切開にて腹腔内に入る。CT上認められた膀胱外腫瘍は回盲部にあり, 腫瘍は回盲部から, 連続的に膀胱右前壁に浸潤していた。腸間膜や右腸骨リンパ節に明らかな転移は認めなかった。



Fig. 1. 骨盤 CT: 膀胱右側壁から右前壁にかけて膀胱内腔に突出する実質性腫瘍を認める。膀胱外へ進展している。

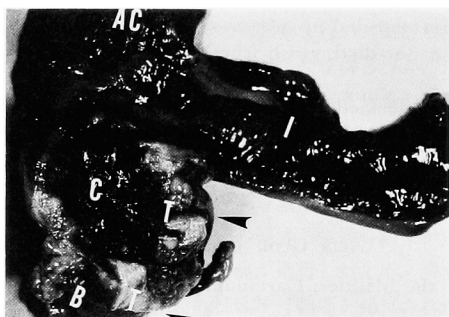


Fig. 2. 摘出標本: 主腫瘍 (▲) は盲腸部にあり, 壁外へと進展, 連続的に膀胱へ浸潤 (▲), 一部壊死を伴っていた。I: 回腸 AC: 上行結腸, C: 盲腸, T: 腫瘍, B: 膀胱



Fig. 3. 組織標本 (×40, HE 染色): 膀胱壁外から膀胱漿膜, 筋層をつらぬいて浸潤増殖し, 膀胱粘膜は一部がおしあげられている。T: 腺癌腫瘍部, BM: 正常膀胱粘膜

en block に右半結腸切除術と膀胱部分切除術を施行した。

摘出標本の腫瘍のみの重量は 70 g であった。剖面でみると回腸から上行結腸への通過障害はみられず、

主腫瘍は盲腸にあり壁外へと進展, 連続的に膀胱壁へ浸潤し, 膀胱内に突出, 一部壊死を伴っていた。虫垂は同定できなかった (Fig 2)。病理組織所見はよく分化した腺癌で盲腸側において腺癌と正常粘膜の移行部を認め, ムスカリン染色, PAS 染色で陽性, 盲腸壁外から膀胱の漿膜, 筋層をつらぬいて浸潤増殖し, 膀胱粘膜は一部おしあげられた所見であった (Fig. 3)。

以上より, 本腫瘍は原発性盲腸癌 (虫垂は同定できなかった) および膀胱浸潤と診断した。

術後経過: 術後貧血は改善, 血中 CEA は正常化し, 1988年10月2日に軽快退院。現在外来通院にて定期的に経過観察しているが, 临床上特に異常を認めていない。

考 察

膀胱に腫瘍を認め, 生検で腺癌と診断された場合, 原発性膀胱腺癌, 尿膜管腫瘍, 続発性膀胱腺癌の3通りが考えられるが, 続発性はことに近接臓器 (直腸, 結腸, 前立腺, 卵巣) から直接浸潤が最も多い¹⁻³⁾。本症例においては, 腫瘍の部位や組織学的所見 (腫瘍周囲の cystitis glandularis の存在) から尿膜管腫瘍は否定적であったが, 原発性か続発性かを術前に診断することは困難であった。通常, 続発性膀胱腫瘍においては, 原発巣の症状徴候が先行するため, 膀胱に腫瘍を認めた時には原発巣が明らかであることが大部分である⁴⁾。本症例では, 続発性膀胱腫瘍による血尿から, 手術によって初めて, 盲腸癌が明らかになったわけであるが, これは盲腸癌を含む回盲部癌では, その解剖学的理由から, かなり進行した状態になるまで症状が発現してこないということと関係があると考えられる⁵⁾。

回盲部癌の初発症状としては, 原発巣によって惹起される腹痛, 腹部腫瘍, 腹満⁶⁾, 時には急性虫垂炎症状⁶⁾ などがあるが, 転移病巣での症状が先行する場合があります。陰嚢内腫瘍^{7,8)}, 陰嚢水腫⁹⁾, 膀胱刺激症状¹⁰⁾ などの報告がみられる。本症例のような血尿を初発症状とした盲腸癌 (虫垂癌も否定できない) の報告は本邦においてはみられないが, 類似の症例として Henry らの術前診断が困難であった虫垂癌による続発性膀胱癌症例の報告がある¹⁰⁾。自験例では術前に原発性か続発性かの鑑別が困難であったが, 胃腸透視のみではなく, 注腸, 内視鏡検査などを施行していれば, あるいは術前診断が可能であったかもしれない。

回盲部癌の転移は直接浸潤, リンパ行性, 血行性で

あるが、腫瘍の大きさのわりには周囲リンパ節への転移は少ないといわれ、また回盲部は周囲に重要臓器があまりないため、他の結腸に比し、広範囲な切除が可能であり、適切なる治療は右半結腸切除である⁵⁾。本症例のような場合は、膀胱全摘はせず右半結腸切除と膀胱部分切除が適当と思われる。

本論文の要旨は第 125 回日本泌尿器科学会関西地方会において発表した。

文 献

- 1) 村山鉄郎, 近藤猪一郎, 村岡規男・各種悪性腫瘍の泌尿器科系臓器に対する浸襲. 泌尿紀要 **21**: 209-213, 1975
- 2) Abenzoa P, Manivel C and Fraley EE: Primary adenocarcinoma of urinary bladder: clinicopathologic study of 16 cases Urology **29**: 9-14, 1987
- 3) Melicow MM: Tumors of the urinary bladder: a clinicopathological analysis of over 2,500 specimens and biopsies. J Urol **74**: 498-521, 1955
- 4) Mostofi FK, Thomson RV and Dean AL: Mucous adenocarcinoma of the urinary bladder. Cancer **8**: 741-758, 1955
- 5) 長尾房大, 柏崎 修, 花岡俊雄: 回盲部癌の特殊性. 日本臨床 **39**: 2171-2173, 1981
- 6) Pejic R and Weiss AE: Acute appendicitis secondary to an obstructing carcinoma of the cecum: a case report. Indiana Med **80**: 729-730, 1987
- 7) Moore JB, Law DK, Moore EE and Dean CM: Testicular mass: an initial sign of colon carcinoma. Cancer **49**: 411-412, 1982
- 8) Levin HS, McMahon JT and Barnett GE: Metastatic cecal adenocarcinoma presenting as a testicular adnexal mass. Cleve Clin Q **52**: 429-436, 1985
- 9) Rasmussen HH and Schröder P: Testicular hydrocele: an initial sign of colon carcinoma. Acta Chir Scand **154**: 65-66, 1988
- 10) Henry R, Bracken RB and Ayala A: Appendiceal carcinoma mimicking primary bladder cancer. J Urol **123**: 590-591, 1980

(Received on May 18, 1989)
(Accepted on November 21, 1989)